

様式第1号

身体障害者訪問理美容サービス利用申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

千葉市身体障害者訪問理美容サービスを利用したいので関係書類を添えて申請します。

また、利用の決定がなされたときは、この申請書に記入した事項を記載した決定通知書の写しが、サービスを行う委託事業者に送付されること及び市が利用対象者の障害程度などについて調査することに同意します。

対象者	フリガナ			
	氏名			
		(※)		
	(※) 対象者が署名しない場合は、記名押印してください。			
	住所	千葉市 区		
	連絡先電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —		
	電子メールアドレス	@		
サービス種別	<input type="checkbox"/> 理容サービス <input type="checkbox"/> 美容サービス			
記入者	<input type="checkbox"/> 対象者が記入 (以下 記入不要) <input type="checkbox"/> 親族等による記入 (以下も記入)			
フリガナ			対象者から見た続柄	
	氏名			
(※)				
(※) 記入者が署名しない場合は、記名押印してください。				
住所	千葉市 区			
(※) 対象者の住所と同じ場合は記入不要				
連絡先電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —			
電子メールアドレス	@			

※ 添付書類 身体障害者手帳の写し